

Головная боль – любое неприятное ощущение в области от бровей до затылка (Н. Н.Яхно с соавт., 2000).

На головную боль жалуется до 60% населения (Я.И.Левин, 2004)

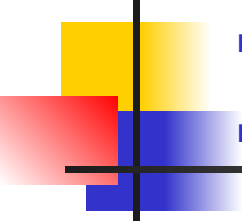
Головная боль относится к 10 ведущим причинам временной нетрудоспособности взрослого населения

Головная боль:

* Первичная (головная боль напряжения, мигрень, тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии) – 95-98%

* Вторичная (симптоматическая) – 2-8% всех цефалгий

Вторичные головные боли

- 
- Связанные с травмой головы и/или шеи
 - Связанные с сосудистыми поражениями черепа и шейного отдела позвоночника
 - Связанные с несосудистыми внутричерепными поражениями
 - Связанные с различными веществами или их отменой
 - Связанные с инфекциями
 - Связанные с нарушением гомеостаза
 - Связанные с психическими заболеваниями
 - Связанные с нарушением структур черепа, шеи, глаз, ушей, носовой полости, пазух, зубов, ротовой полости и других структур черепа и лица.

Головные боли напряжения (ГБН):

* эпизодические (15 дней в месяц и менее) 50-60% в популяции

* хронические (15 и более дней в месяц)
3-5% в популяции

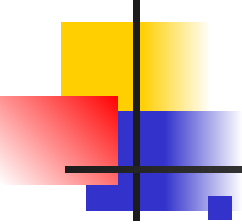
ГБН –средний возраст начала: 25-30 лет,
чаще у женщин (Ж:М = 5:4).

Распространенность в течение жизни –
30-78%.

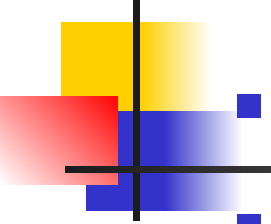
Головные боли напряжения (ГБН):

- * Длительность: от 30 минут до 7 дней
- * Не менее 2-х характеристик
 - давящая, сжимающая (не пульсирующая)
 - легкая или умеренная по силе
 - двухсторонняя локализация
 - возникает чаще после пробуждения, сохраняясь в течение всего дня
 - отсутствие усиления от повседневной деятельности (ходьба, подъем по лестнице)
 - отсутствие тошноты и рвоты
 - отсутствие сочетания с фоно- и фотофобией
 - головные боли чаще по типу «обруча» или «каска»
 - облегчение боли при положительных эмоциях и в состоянии психологического расслабления
 - усиление боли на фоне эмоционального напряжения

Факторы риска и триггеры ГБН





- 
-
- Недостаток ночного сна
 - Эмоциональный стресс (острый или хронический)
 - Позное напряжение (длительное пребывание головы и шеи в вынужденном положении)
 - Факторы хронизации: лекарственный абюзус, депрессия, тревога, соматоформные расстройства

Лечение ГБН

- 
1. Поведенческая терапия
 2. Купирование приступа: простые анальгетики, НПВП (ибупрофен 200-800 мг, кетопрофен 28 мг, АСК 500-1000 мг, напроксен 375-500 мг, диклофенак 12,5-100 мг, парацетамол 1000 мг – уровень рекомендаций А). Частота приступов не более 2 раз в неделю.

Лечение ГБН

3. Профилактика приступов:

-  Поведенческая терапия
-  Ведение дневника головной боли, контроль побочных эффектов при медикаментозном лечении
-  Оценка эффекта лечения через 1-3 месяца
-  Длительность лечения 6-12 месяцев

Лечение ГБН


3. Профилактика приступов (медикаментозная):

- 📧 Amitriptyline (30-75 mg/day) – A
- 📧 Venlafaxine (150 mg/day) – B
- 📧 Mirtazapine (30 mg/day) – B
- 📧 СИОЗС (fluvoxamine, fluoxetine)
- 📧 Topiramate (100 mg/day)
- 📧 Gabapentin (1600-2400 mg/day)
- 📧 Миорелаксанты (tizanidine 2-6 mg/day, baclofen 10-25 mg/day)

Лечение ГБН

4. Нелекарственные методы лечения:

- ЭМГ –БОС (уровень А)

 Когнитивно-поведенческая терапия (уровень С)

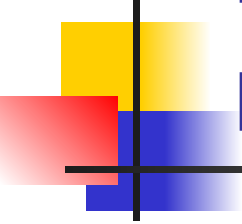
 Релаксационный тренинг (С)

 ФТО, ЛФК (С)

 Акупунктура (С)

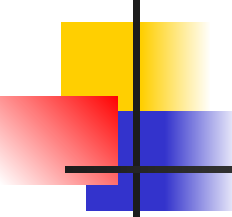
 Блокада триггерных точек

 Массаж воротниковой зоны



Тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии

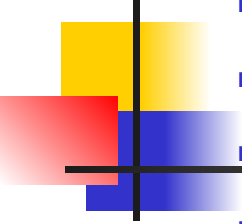
- 1. Эпизодическая или хроническая кластерная головная боль
- 2. Эпизодическая или хроническая пароксизмальная гемикрания
- 3. Кратковременная односторонняя неврологическая головная боль с инъекцированием конъюнктивы и слезотечением (синдром SUNCT)



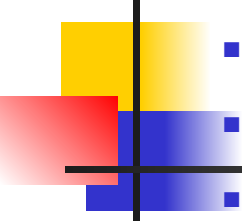
Тригеминальные вегетативные (автономные) цефалгии

- Кратковременность
- Односторонность
- Выраженная интенсивность головной боли во время атаки

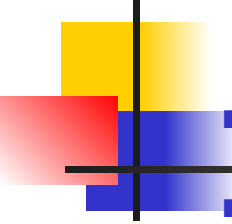
Кластерная головная боль

- 
- 1. Соотношение м/ж – 3/1
 - 2. Распространенность – 0,9%
 - 3. Возраст дебюта – 20-40 лет
 - 4. Головная боль: очень выраженная, сверлящая, пульсирующая, с периорбитальной локализацией, иногда с иррадиацией в верхнюю или нижнюю челюсть
 - 5. Длительность атаки – 15-180 мин
 - 6. Частота атак – 1-8 в день
 - 7. Выражены вегетативные симптомы (слезотечение, покраснение конъюнктивы, заложенность носа, ринорея, отечность век, миоз, птоз, потливость лба и лица).
 - Во время приступа двигательное беспокойство, агитация
 - 8. Провоцируется алкоголем, нарушением суточных ритмов, приемом нитроглицерина, гистамина
 - 9. Приступы чаще в весенне-осенний период, ночные
 - 10. Течение в виде обострений (6-12 недель) и ремиссий (до 1-2 лет)

Пароксизмальная гемикрания

- 
- 1. Соотношение м/ж – 1/3
 - 2. Распространенность – 0,02%
 - 3. Возраст дебюта – 20-40 лет
 - 4. Головная боль: выраженная, сверлящая, с локализацией в области глазницы, виска, лба, верхней челюсти, может иррадиировать в плечо и руку ипсилатерально
 - 5. Длительность атаки – 2-120 минут (в среднем 2-25 минут)
 - 6. Частота атак – 1-40 в день
 - 7. Умеренно выражены вегетативные симптомы: инъекирование конъюнктивы, слезотечение, заложенность носа, ринорея, отечность век, потливость лба и лица, птоз, миоз
 - 8. Провоцируется эпизодически алкоголем
 - 9. Приступы не имеют циркадианной ритмичности
 - 10. Хороший ответ на прием препарата индометацин

SUNCT - синдром

- 
- 1. Соотношение м/ж – 8/1
 - 2. Распространенность – редкая форма
 - 3. Возраст дебюта – 20-50 лет
 - 4. Головная боль: пронзительная, разной интенсивности, с локализацией в области глазницы, виска, периорбитально.
 - 5. Длительность атаки – 5-250 сек
 - 6. Частота атак – 1 в день – 30 в час
 - 7. Инъецирование склеры и слезотечение
 - 8. Приступы не имеют циркадианной ритмичности
 - 9. Провоцируются прикосновением, артикуляцией или жеванием

Кластерная головная боль - лечение



■ 1. Уровень А

- Острая атака: ингаляции чистого кислорода со скоростью 7 л/мин в течение 15 мин. Подкожно суматриптан 6 мг. Интраназально золмитриптан 5 мг. Интраназально суматриптан 20 мг.
- Профилактика: Верапамил 240 мг/сут. Метилпреднизолон 60-100 мг/сут 5 дней.

■ 2. Уровень В

- Острая атака: интраназально 4% р-р лидокаина. Золмитриптан 10 мг.
- Профилактика: топирамат (100 мг/сут), мелатонин, метисергид (4-8 мг\сут), карбонат лития.

■ 3. Уровень С

- Баклофен 15-30 мг. Вальпроевая кислота.

Пароксизмальная гемикрания - лечение



- 1. Индометацин 150 мг\сут (по 50 мг x 3 раза в день).
- Эффективность терапии обычно проявляется в течение первых 48 часов лечения.



SUNCT – синдром - лечение

- 1. Ламотриджин
- 2. Габапентин, топирамат, трилептал, верапамил, стероиды, в\в фенитоин или лидокаин.

Хроническая ежедневная головная боль (ХЕГБ) – головная боль любого типа, отмечающаяся чаще, чем 15 дней в месяц. Распространенность ХЕГБ – 4% (17%) среди населения, у женщин встречается в два раза чаще.

ХЕГБ – ежедневные монотонные головные боли, утратившие черты первичной головной боли

Причины ХЕГБ

- * мигрень без ауры (70-90%)
- * эпизодическая головная боль напряжения (14-20%)
- * другие формы головной боли, в т.ч. «абузусные» - 6%.

Факторы хронизации первичных головных болей: женский пол, ожирение, нарушение сна, ССОА, стресс, депрессия, тревога, злоупотребление анальгетиками, ЧМТ, травмы шеи, повышение потребления кофеина, особенности личности пациента

МИГРЕНЬ

Мигрень - 14% взрослого населения Европы

Китай – 9,3%

США – 20,2%

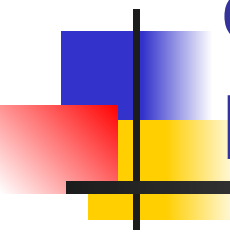
Россия – 20,8%

Ежегодная «стоимость» мигрени в 8 странах Евросоюза – 111 млрд евро (64% всех затрат на головные боли)

Стоимость затрат на 1 европейца – 1222 евро/год

В США – 17 млрд долларов в год на всех пациентов с мигренью

(Головачева В.А. и соавт. 2015)



Мигрень – первичная форма головной боли, проявляющаяся повторяющимися приступами интенсивной односторонней головной боли, сопровождающаяся также тошнотой, рвотой, фото- и фонофобиями.

Одно из 19 заболеваний, в наибольшей степени, вызывающих социальную адаптацию человека (ВОЗ).

6 место в мире среди причин снижения качества жизни населения в мире.

(В.В.Осипова и соавт. 2017)

1. Мигрень наблюдается: 15-18% (женщин) и 4-6% (мужчин) популяции.
2. Мигрень стоит на втором месте по частоте среди первичных головных болей после ГБН.
3. Женщины страдают мигренью чаще (3:1, 4:1) в 2-3 раза, чем мужчины (распространенность в США у женщин – 17,2% и 6,0% у мужчин)
4. У мужчин выше интенсивность боли.
5. Мигрень возникает в молодом возрасте. Пик заболеваемости : от 35 до 40 лет.
6. Средняя продолжительность приступа 15-24 часа.
7. У половины больных приступы не чаще 1 раза в месяц.

8. Мигрень чаще наследуется по женской линии. У больных нередко имеется семейный анамнез.


При наличии мигрени у матери риск заболеваемости 72%, у отца – 20%.

9. У женщин с мигренью несколько выше риск геморрагического инсульта.

10. Выявлены генетические совпадения между мигренью без ауры и ишемическим инсультом (особенно кардиоэмболическим).

11. У больных с хронической мигренью часто наблюдается дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

7. Мигрень встречается у детей, в возрасте 4-8 лет ее страдает 0,07% в популяции.



8. 49,0% пациентов принимают лекарства только во время мигренозного приступа.

Периодичность мигрени

* Приступы чаще возникают во время ночного сна или утром.



* * Чаще приступы наблюдаются в
выходные дни

* У женщин приступы чаще в первые 3 дня менструация

* Чаще приступы в весенне-летний период

Международные критерии диагностики мигрени

1. Приступообразная головная боль длительностью от 4 до 72 часов.

2. Головная боль имеет не менее двух характеристик из следующих:

* преимущественная односторонняя локализация, чередование сторон, реже двусторонняя.

* пульсирующий характер.

* средняя или значительная интенсивность головной боли (нарушает повседневную деятельность).

* усиление при обычной физической нагрузке (ходьба).

3. Наличие хотя бы одного сопровождающего симптома:

- * тошнота (90%)
- * рвота (30%)
- * фонофобии (20%)
- * фотофобии (60%)


ПАТОГЕНЕЗ МИГРЕНИ

(H.Wolff, 1948) – сосудистая теория

1. Первая фаза приступа – сужение артерий и вен, расширение капилляров, нарушение проницаемости сосудистой стенки. В периваскулярных окончаниях тройничного нерва выделяются : субстанция Р, кальцитонин. Усиление агрегации тромбоцитов, повышение уровня серотонина.
2. Вторая фаза – расширение (дилатация) и атония сосудов. Уровень серотонина снижается.
3. Третья фаза – возвращение сосудов в прежнее состояние.

ПАТОГЕНЕЗ МИГРЕНИ
Мигрень – нейроваскулярное генетически обусловленное прогрессирующее заболевание.

Особенность мозга больных с мигренью – повышенная возбудимость коры,



достигающая максимума перед началом приступа мигрени. В ответ на это возникает возбуждение тригемино-васкулярной системы, участвующей в иннервации мозговых сосудов (в основном сосуды твердой мозговой оболочки, некоторые некрупные мозговые сосуды), также наблюдается шунтирование крови между артериолами и венулами.

Патогенез мигрени

- Головная боль при мигрени связана с асептическим нейрогенным воспалением и вторичной вазодилатацией, возникающих в результате выделения из периваскулярных волокон тройничного нерва болевых пептидов-вазодилататоров (CGRP, субстанция P, нейрокинин A, вазоинтестинальный пептид), вызывающих увеличение проницаемости сосудистой стенки, отека сосудистой стенки и прилегающих участков твердой мозговой оболочки, агрегацию тромбоцитов, активацией болевых рецепторов стенок сосудов, прежде всего сосудов твердой мозговой оболочки. В дальнейшем поступление болевых импульсов в сенсорную кору головного мозга приводит к формированию ощущения пульсирующей боли.

Классификация мигрени

1. Простая мигрень (без ауры).
2. Ассоциированная мигрень (с аурой).
3. Хроническая мигрень (6,8% популяции в РФ): мигренозные приступы 15 и более дней в месяц на протяжении > 3 месяцев. В формировании хронической мигрени имеют значение: злоупотребление анальгетиками и депрессия на фоне хронической психотравмирующей ситуации.

Вариант течения хронической мигрени – рефрактерная мигрень, форма заболевания, резистентная к стандартной противомигренозной терапии.

- * Мигрень без ауры – 80% случаев.
- * Аура – комплекс фокальных неврологических симптомов, предшествующих приступу боли или возникающих на высоте боли.
- * Аура – все симптомы полностью обратимы и длятся не более 60 минут.

Мигрень с аурой:

- * офтальмическая (классическая): фотопсии в виде мерцающих зигзагов, искры, вспышки, шары, точки, скотомы, гемианопсия.
- * офтальмоплегическая : ограничение подвижности глазных яблок
- * ретинальная: преходящая двусторонняя слепота, центральная скотома
- * гемиплегическая, сенсорная: монопарезы руки, ноги, гемипарезы, гемигипестезии, парестезии
- * афатическая: речевые нарушения в виде сенсорной или моторной афазии.
- * базилярная (синкопальная): слепота, головокружение, шум в ушах, дизартрия, атаксия, расстройства зрения
- * паническая (вегетативная): тахикардия, нехватка воздуха, тревога, беспокойство, гипергидроз, слезотечение, озноб

Фазы мигренозного приступа:

1. Продромальная (до 70%, в среднем 1-3 часа).
Проявляется в виде изменения эмоционального состояния (чаще депрессия, тревога, реже эйфория), снижение работоспособности, раздражительность, влечение к новым видам пищи, частая зевота, сонливость, полиурия, гипо – или гиперактивность.
2. Фаза ауры. При мигрени с аурой – зависит от типа ауры, который связан с сосудистым бассейном (до 1 часа).
3. Головная боль (при мигрени без ауры – 2 фаза)
4-72 часа.
4. Постдромальная (до 24 часов), при мигрени без ауры – 3 фаза). Уменьшение головной боли, вялость, разбитость, сонливость. У некоторых пациентов может возникать эйфория, эмоциональная активация.

ОСЛОЖНЕНИЯ МИГРЕНИ

1. Мигренозный статус (1-2%) – серия приступов, сопровождающихся многократной рвотой, со светлым промежутком не более 4 часов или один тяжелый приступ мигрени, продолжающийся более 72 часов, несмотря на проводимое лечение.
2. Мигренозный инсульт (1,44 на 100 тыс. человек) – 0,3%.
3. Персистирующая аура без инфаркта
4. Эпилептический припадок, вызванный мигренозной аурой

Факторы, провоцирующие мигренозный приступ (мигренозные триггеры)


1. Психогенные (стресс, тревога, напряжение, обида).

2. Физические (метеочувствительность, яркий свет, резкий запах, Длительная поездка в транспорте, качка, сильные ветер (чаще холодный)).

3. Социальные (выраженные физические нагрузки, курение, нарушение цикла бодрствование-сон, сексуальная активность).

4. Пищевые (голод, нерегулярный прием пищи или употребление некоторых пищевых продуктов, содержащих биогенные амины (какао, шоколад, орехи, цитрусовые, сыр, копчености, красное вино, консервы, шампанское)

Факторы, провоцирующие мигренозный приступ (мигренозные триггеры)

- 
-
4. Изменение гормонального фона
 5. Некоторые лекарственные препараты (нитроглицерин).
 7. Различные заболевания - зубов, придаточных пазух носа, ЖКТ.

Препараты для лечения приступа мигрени

- Анальгетики (ненаркотические, наркотические, НПВП, комбинированные)
- Сосудосуживающие (селективные агонисты 5-НТ рецепторов (триптаны), неселективные агонисты 5-НТ рецепторов (эрготамин, дигидроэрготамин))
- Подавление нейрогенного асептического воспаления (антагонист рецепторов CGRP)
- Противорвотные (метоклопрамид, домперидон)

НПВП (А)

- Ацетилсалициловая кислота 500-1000 мг
- Напроксен 500-1000 мг
- Ибупрофен 200-800 мг
- Диклофенак 50-100 мг
- Парацетамол 1000 мг

Комбинированные препараты

Экседрин (парацетамол, ацетилсалициловая кислота, кофеин)

Кофергот (эрготаминам 1мг, кофеин 100 мг)

Солпадеин (ацетаминофен 500 мг, кодеин фосфат 8 мг, кофеин 30 мг)

Нурофен Лонг (ибупрофен 200 мг, ацетаминофен 500 мг)

ТРИПТАНЫ (А)

Суматриптан: таб. 25, 50, 100 мг свечи
25 мг, назальный спрей 10, 20 мг,
подкожные инъекции 6мг

Золмитриптан: таб. 2.5, 5 мг,
назальный спрей 2.5, 5 мг.

Наратриптан: таб. 2, 5 мг

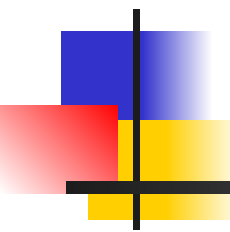
Элетриптан: таб. 40, 80 мг

Противорвотные препараты (В)

Метоклопрамид: таб. 10-20 мг,
ректально 20 мг, в\м, в\в, п\к 10 мг

Домперидон: таб. 20-30 мг

КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА



* Триптаны противопоказаны: неконтролируемая артериальная гипертензия, пожилой возраст, инсульт или инфаркт в анамнезе, АФС –синдром.

* Препараты эрготамина противопоказаны: артериальная гипертензия, заболевания периферических сосудов, глаукома, стенокардия, беременность

ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПА

Снижение частоты атак,
повышение эффективности терапии,
направленной на купирование приступов,
снижение степени инвалидизации пациентов.

* Высокая частота приступов (>4 приступов в месяц, хроническая мигрень)

* Низкая эффективность антимигренозных препаратов

* мигрень с устойчивыми очаговыми неврологическими симптомами

* Выраженные коморбидные нарушения (депрессия, тревога, нарушение ночного сна, лекарственный абюзус, ГБН)

ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПА

Нелекарственные методы

1. Поведенческая терапия:

когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), биологическая обратная связь (БОС), методы релаксации

2. Физикальная терапия:

акупунктура, мануальная терапия, массаж, ЛФК, физиотерапия, ТКМС, ТЭС, стимуляция, блокада большого затылочного нерва
(Головачева В.А., 2015)

ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ (уровень доказательности А)

* Бета-блокаторы (пропранолол от 40 до 120 мг/сут, метопролол 50-200 мг/сут)

* Антиконвульсанты (топирамат 25-100 мг/сут, вальпроевая кислота 500-900 мг/сут)

* Антагонисты рецепторов ангиотензина 2 (кандесартан 16 мг/сут)

* Ботулотоксин тип А (155-195 Ед)

ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ (уровень доказательности B)

* Антидепрессанты (амитриптилин 50-150 мг/сут, венлафаксин 75-150 мг/сут)

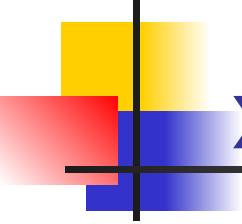
* НПВП (напроксен 250-500 мг/сут)

* Бисопролол (5-10 мг/сут)

* Препараты моноклональных а/т к CGRP (эптинезумаб, фреманезумаб, галканезумаб, эренумаб п\к 1р/14-30 дней)

ПРОФИЛАКТИКА ПРИСТУПА МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ (уровень доказательности С)

- * Ацетилсалициловая кислота (300 мг/сут)
- * Габапентин (1200-1600 мг/сут)
- * Магnezия (4000 мг/сут)
- * Рибофлавин (400 мг/сут)
- * Идебенон (коэнзим Q) 60-90 (300) мг/сут
- * Лизиноприл (20 мг\сут)
- * Верапамил (320-480 мг/сут)

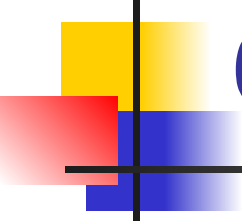


1. Для головной боли напряжения характерна боль:

- А) Пульсирующая
- Б) Ноющая
- В) Стреляющая
- Г) Эпизодическая

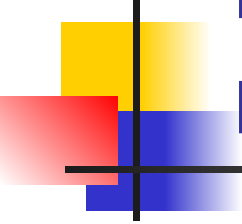
2. Для мигрени характерная головная боль:

- А) Ноющая
- Б) Пульсирующая
- Г) Давящая



3. Длительность приступа головной боли при мигрени:

- А) не более 30 минут
- Б) 4-8 часов
- В) не менее 7 дней
- Г) 4-72 часа



4. При хронической головной боли напряжения частота приступов головной боли:

- А) 10 дней в месяц
- Б) Не менее 15 дней в месяц
- В) Ежедневная

5. Приступ мигрени провоцирует:

- А) психоэмоциональный стресс, тяжелая физическая работа, недостаток сна, пища, богатая углеводами
- Б) нарушение цикла сон-бодрствование, стресс, прием нитроглицерина
- В) поездка в транспорте, прием цитрусовых, йога

6. Для головной боли напряжения характерно:

- А) дебют в молодом возрасте, семейный характер, пульсирующий характер
- Б) усиление в пожилом возрасте, односторонний характер, повышение СОЭ в анализе крови
- В) чаще наблюдаются у женщин, давящий характер, без тошноты и рвоты

7. Кластерная головная боль



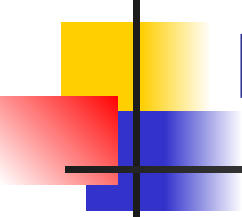
- А) чаще у женщин, пульсирующая, 4-72 часа, тошнота, рвота.
- Б) чаще у мужчин, пульсирующая, не более 3 часов, сезонность
- В) чаще у женщин, ноющая, более 72 часов, диффузная

8. Лечение приступа головной боли напряжения



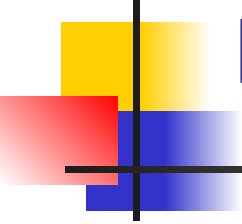
- А) Пирацетам, мексидол, кавинтон, карбамазепин, топирамат
- Б) Парацетамол, аспирин, ибупрофен, кетопрофен, диклофенак
- В) Преднизолон, лидокаин, индометацин, зомигран, топирамат

9. Лечение приступа мигрени

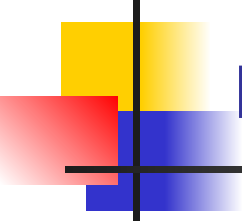


- А) Парацетамол, мексидол, индометацин, винпоцетин, пирацетам
- Б) Парацетамол, аспирин, экседрин, суматриптан, дигидроэрготамин
- В) Карбамазепин, парацетамол, топирамат, индометацин, кофеин

10. Лечение хронической головной боли напряжения



- А) Анальгетики, миорелаксанты, ингаляция чистого кислорода
- Б) Антидепрессанты, антиконвульсанты, миорелаксанты
- В) Ноотропные средства, вазоактивные препараты, антиоксиданты



11. Медикаментозная профилактика приступов мигрени

- А) парацетамол, мексидол, винпоцетин, витамины группы В, коэнзим Q
- Б) пропранолол, топирамат, вальпроевая кислота, кандесартан
- В) индометацин, суматриптан, парацетамол, витамины группы В



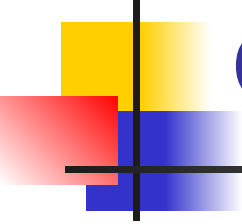
12. Продолжительность ауры при ассоциированной мигрени

- А) не более 30 минут
- Б) не более 60 минут
- В) не более 120 минут

13. Головную боль напряжения провоцируют

- А) Повышение артериального давления
- Б) Употребление цитрусовых, сыра, шоколада
- В) Эмоциональное напряжение, тревожно-депрессивные расстройства

14. Аура при офтальмической мигрени



- А) головокружение, двоение, онемение в руках
- Б) выпадение поля зрения, появление в поле зрения мерцающих пятен, искр, шаров, зигзагов
- В) слабость в руке, ноге, нарушение речи



15. Первичные головные боли

- А) головная боль напряжения, кластерная головная боль, головная боль при гипертоническом кризе
- Б) мигрень, головная боль напряжения, кластерная головная боль
- В) головная боль при менингите, мигрень, головная боль напряжения

ОТВЕТЫ

- 
- 1. Б
 - 2. Б
 - 3. Г
 - 4. Б
 - 5. Б
 - 6. В
 - 7. Б
 - 8. Б
 - 9. Б
 - 10.Б
 - 11.Б
 - 12.Б
 - 13.В
 - 14.Б
 - 15.Б
-